

# **El destino de los subsidios en salud**

Gladys Susan López (\*)

## **Introducción**

En este trabajo, que se pretende realizar algunas consideraciones sobre los subsidios públicos al sistema privado de salud, es parte del proceso inicial de la investigación de tesis doctoral.

Abordar el tema de las políticas sociales en salud, lleva inexorablemente a plantear el contexto histórico político donde surgen, a quienes están dirigidas y cuáles son las formas y modalidades de implementación. Desde una perspectiva histórica, este cuándo, a quiénes y cómo se llevaron y llevan adelante las políticas de salud, cobra particular interés en este trabajo, dentro del financiamiento de las mismas, los subsidios públicos.

En forma general puede decirse que, desde diferentes concepciones de Estado y formas de gobiernos, los subsidios públicos a diferentes sectores sociales han sido una práctica frecuente. Sin embargo, la finalidad de los mismos, la concepción desde donde han sido formulados y los destinatarios directos e indirectos han cambiado conforme no solo a la puja de intereses de los diferentes actores sociales nacionales sino también a lógicas y determinaciones ideológicas y económicas en el plano internacional.

## **Objetivos y metodología**

Este trabajo pretende realizar un aporte al debate sobre el sentido que cobran los subsidios públicos en las políticas de salud en Argentina. El mismo tiene como objetivos específicos: a) caracterizar los diferentes tipos de subsidios en relación a los destinatarios; b) analizar para diferentes momentos históricos, la relación entre las políticas sociales en salud y el sentido e intencionalidad de los subsidios públicos y c) registrar los cambios observados en cuanto a destinatarios y beneficiarios de los subsidios de las políticas impulsadas bajo los diferentes modelos de políticas de salud.

Para la elaboración de este trabajo se recurrió principalmente a bibliografía específica sobre historia y economía con la finalidad de relacionar y comparar las políticas sociales implementadas con el contexto político del periodo analizado. La vasta bibliografía existente sobre políticas sociales y de salud, han sido una fuente enriquecedora para la elaboración del mismo, principalmente para ubicar los lineamientos y alcances pretendidos.

Para dar cuenta de los cambios que se han registrado tanto en los fines como en los destinatarios y beneficiarios de los subsidios públicos, se trabajó desde una perspectiva histórica-política y económica en tres periodos históricos considerados relevantes. Fines del

---

(\*) Este trabajo ha sido presentado en las VIII Jornadas de Docencia Investigación, Docencia y Extensión Universitaria: "Universidad Pública, Estado y Sociedad: Diálogos con los Procesos Emancipatorios" - FTS –UNLP en Nov. de 2012

(\*\*) Docente e investigadora de la Facultad de Trabajo Social UNLP.

Contacto: gsusanlopez@hotmail.com

siglo XIX o generación del '80, década del 40 del siglo XX o primer peronismo y la década de los 90 o el neoliberalismo. De este modo, se busca determinar que se subsidia en cada periodo, cuales son los principios que subyacen en los mismos y quienes son los destinatarios elegidos y cuales los beneficiarios concretos. Para ello se intenta visualizar estas transformaciones atravesando los diferentes subsectores que conforman el sistema de salud.

### **Los subsidios. Para qué y para quienes?**

La Real Academia Española define subsidio como la *“Prestación pública asistencial de carácter económico y de duración determinada”*<sup>1</sup>. Para las instituciones estrictamente económicas, se explicitan algunos alcances, por ejemplo *“Ayuda de carácter oficial que se concede a una persona o entidad. Ayuda económica concedida por el Estado u otro organismo oficial para cubrir una necesidad social o económica (subsidio de desempleo). A diferencia de la subvención, que tan sólo cubre una parte de la necesidad económica, el subsidio trata de ser una ayuda completa”*<sup>2</sup>.

Existe cierto consenso de que el objetivo de otorgar un subsidio puede ser alguna meta social como auxilio a los desocupados o a los más pobres, o alguna meta de fomento como el desarrollo de ciertas actividades industriales, y sin que el Estado reciba compensación alguna. Algunas definiciones sostienen que también pueden utilizarse para corregir distorsiones en el mercado, como por ejemplo en condiciones de inflación.

En cuanto a la cobertura se puede distinguir, los subsidios de carácter universal dirigidos a toda la población y los focalizados dirigidos a determinados estratos de la sociedad.

Es posible realizar una distinción entre los **subsidios a la oferta** (los cuales se conceden a los productores o prestadores de servicios) y los **subsidios a la demanda** (que permiten disminuir parcial o totalmente lo que abona el destinatario final). Dentro de estos últimos, existen los **subsidios directos** (a través de los cuales el **Estado** paga directamente una parte del servicio o prestación a los consumidores) y los **subsidios cruzados - entre diferentes usuarios se paga el servicio e incluso no establece una tarifa única sino en relación a la posición económica de cada actor social y beneficiario**. Es decir que, los subsidios pueden tener diferentes destinatarios, personas, empresas instituciones, etc., con la finalidad de alcanzar un propósito social. Por ejemplo, aumentar la posibilidad de acceso algún servicio o necesidad básica o favorecer el desarrollo económico de sectores de menores recursos.

Sin embargo, este propósito puede no cumplirse tal cual fue diseñado. Y aquí hacemos una diferenciación entre el **“destinatario”** y el **“beneficiario”**. Por ejemplo, un subsidio para un programa de salud puede tener como destinatarios a grupos familiares de bajos recursos sin cobertura en medicamentos y, como beneficiarios a esos destinatarios y otros no necesariamente contemplados como objeto del programa, beneficiarios indirectos que obtienen beneficios diferenciales con lógicas de mercado. El entramado de relaciones y lógicas que subyacen en los subsidios públicos, deja entrever y suponer que el propósito social para lo cual fueron diseñado podría tener beneficios para otros sectores económicamente no necesitados.

Sin lugar a dudas, realizar un recorrido de los subsidios públicos en el área de política de salud, conlleva inexorablemente a realizar una aproximación de los factores que

---

<sup>1</sup> Real Academia Española. En [www.rae.es](http://www.rae.es)

<sup>2</sup> La gran enciclopedia económica. En <http://www.economia48.com>

están en juegos en cada momento histórico, en la determinación ideológica, política, económica y social de la salud.

## **El Estado y los subsidios en salud**

### **I.- La Generación del '80, fines del siglo XIX**

En este periodo de la Modernidad bajo el pensamiento liberal y la filosofía positivista de orden y progreso se constituyó el estado oligárquico, que sentó las bases europeizantes de la sociedad argentina. En esta época, no existía la idea de derecho social, aunque si la de igualdad de derecho frente a la ley. No se cuestionaba la desigualdad social y se percibía como normal la diferencia social, en la sociedad había ricos y pobres, dominantes y dominados, elites y desplazados, honrados y miserables. En este periodo que se extiende hasta principios del siglo XX, la salud no era entendida en general como un asunto de Estado y se atribuía a la salud una responsabilidad individual.

Aunque ya desde mitad del siglo XIX y de la mano del higienismo, los problemas de enfermedad comenzaron a analizarse en asociación con las problemáticas de las condiciones de vida. Los problemas generados por las epidemias, caso fiebre amarilla en Buenos Aires, fueron reforzando la idea que la enfermedad era un problema donde el Estado debía actuar. Sin embargo, esta percepción que se asentaba en los defensores del higienismo, estaban acotadas mas al ámbito del saneamiento ambiental, higiene personal y cuestiones habitacionales en el medio urbano. Tanto Guillermo Rawson, como Emilio Coni y Eduardo Wilde han sido un claro ejemplo de esta tendencia y si bien las epidemias no eran un fenómeno nuevo, siguiendo a Armus<sup>3</sup>, si cobraban una significación diferente en el medio urbano.

Cuando el Estado comenzó a construir hospitales, lo hacía frecuentemente urgido por necesidades de guerra y en general cedían luego su administración a asociaciones civiles, de carácter benéfico o confesional. *“El peso de estas actividades benéficas en la vida social era tan grande, que las instituciones dedicadas a la beneficencia recibían de parte del Estado la misión de administrar recursos de origen público, como hospitales, fondos, hogares, alimentos, etc., además de los que ellos construían por su propia iniciativa”*<sup>4</sup> y así las clases pudientes o las instituciones religiosas, enarbolaban como propia la ayuda y cuidados proporcionados a la población carenciada.

El Estado se reservaba su intervención en los problemas de salud solo en cuestiones que implicaban las relaciones comerciales con otros países, quienes exigían condiciones de control frente al azote de las epidemias. Tal vez por ello, fue recién en 1880 que al aprobar el presupuesto nacional se contempló la creación del Departamento de Higiene, que definía entre sus atribuciones, las medidas sanitarias para los puertos, vigilar el ejercicio de la medicina, de la farmacia y demás ramas del arte de curar y el control de vacunas y fomentar la propagación en toda la república, entre otras.<sup>5</sup> Los problemas de salud quedaban sujetos a la iniciativa individual y privada.

### **II.-Primer peronismo- A mediados del siglo XX**

---

<sup>3</sup> Armus D. (2001) El descubrimiento de la enfermedad como problema social fue parte de una suerte de ideología urbana articulada en torno a los temas del progreso, la multitud, el orden, la higiene y el bienestar.

<sup>4</sup> Arce, H. (2000)

<sup>5</sup> Veronelli, J.C y Veronelli Correch, M pags. 230-232

Aunque desde la década del 30, por una conjunción de factores económicos, políticos y sociales, fue cuando se comenzó a gestar un cambio en la sociedad civil que demandó respuesta al Estado sobre la situación social de la población, es recién hacia principios de los años 40 cuando se constituyeron las políticas públicas en salud.

En 1943 se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y en 1949 el Ministerio de Salud, a cargo del Dr. Ramón Carrillo con quien se inauguró la política sanitaria de Argentina. La misma expresó una fuerte voluntad de regulación de la atención de la salud por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad a sectores menos pudientes. Una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humanos en salud pública. El gobierno, impulsó una política garante e inclusiva, de Estado de bienestar y en ese marco sostuvo ***todas las iniciativas con fondos provenientes de rentas generales***. La gran capacidad asistencial desplegada en el área de salud fue un gran instrumento de legitimación del gobierno peronista.

Así la política de salud se constituyó desde una planificación centralizada, con un Estado prestador de los servicios de salud y con un Plan de salud con objetivos integrales que comprendía la medicina preventiva, sanitaria y social, es decir cuando se institucionalizó la salud.<sup>6</sup>

La salud ya no era un problema individual que se resolvía solo a nivel privado, era considerado un problema colectivo por el que velaba el Estado. Los subsidios tuvieron que ver más con cuestiones de desarrollo económico que sociales, el hecho de que había pleno empleo disminuía la población que necesita auxilio del Estado. No obstante, para aquellos no alcanzados por estas políticas estaba la Fundación Eva Perón. Presidida por la misma Eva, quién se destacó en la ayuda social y luchó contra la caridad a partir de la Fundación que llevaba su nombre, la Fundación se orientaba a atender la pobreza y otras situaciones sociales de desamparo, la que tradicionalmente estaba en manos de la Sociedad de Beneficencia dirigida por un selecto grupo de mujeres de la clase alta. El Estado entregaba subsidios a la Fundación, pero gran parte de los recursos obtenidos por la misma, según Ferioli<sup>7</sup> (1990) el 74% provenían de aportes de los trabajadores.

El apoyo a la organización gremial de los trabajadores, fueron sentando las bases para la construcción de una seguridad social que en el área de salud se constituyó en la conformación, mediante formas solidarias de protección a la salud, de las que luego serán las Obras Sociales. Cabe resaltar entonces que, en este periodo la Seguridad Social Argentina tuvo un fuerte impulso por parte del gobierno.

### III.- Neoliberalismo- Fines del siglo XX y principio del siglo XXI

Los embates contra los modelos de Estado de Bienestar en el mundo y principalmente en los países subdesarrollados, vieron sus frutos hacia fines de la década del 80 del siglo XX, principalmente a partir del Consenso de Washington. El mismo impulsaba, bajo la lógica del laissez faire, un cambio hacia al mercado en detrimento del Estado. Bajo ese modelo de achicamiento del Estado se fueron rediseñando las políticas sociales con reformas que tenían como principales lineamientos la reducción del déficit fiscal, convertibilidad monetaria, privatización, descentralización, flexibilización laboral y desregulación de la economía, se inició una transformación en el sistema de salud.

---

<sup>6</sup> Cendali, F. 2010

<sup>7</sup> Néstor Ferioli, *La Fundación Eva Perón*/1 Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1990, 37).

Parafraseando con Danani (1996), la solidaridad se desvanece frente a la individualización del destinatario de un servicio de salud, sea este provisto por una Obra Social o un plan de salud proveniente del Ministerio de Salud. El ingreso del capital privado en esta área generó no solo pujas entre los diferentes sectores involucrados, sino condiciones para la apropiación de recursos del estado y de la seguridad social a favor del sector privado.

Aunque las bases creadas a mitad del siglo XX no fueron totalmente desterradas, porque aún se sostiene un sistema público y gratuito de atención hospitalaria, sí pueden observarse cambios en la forma de financiamiento, subsidios y beneficiarios tanto en la atención de servicios de salud para los sectores más desprotegidos como en el sistema de obras sociales.

La consecución de los objetivos propuestos, requirió poner la reforma en el área de salud en consonancia con la reforma del Estado, que imponía minimizar su protagonismo y entregar ese espacio, al capital privado. La desarticulación de las empresas del Estado, el achique presupuestario en el área de políticas de protección social, la capitalización de los fondos de pensiones y la flexibilización laboral aumentaron la conflictividad social. Para dar respuesta a esta situación, y sin perder de vista la introducción de capital privado en el área social se llevaron a cabo una serie de medidas focalizadas en cada problemática.

En este sentido la creación del hospital público de Autogestión preveía el recupero de las prestaciones a partir de un sistema de facturación tanto a las Obras Sociales, como a la medicina prepaga. Una descentralización administrativa hacia jurisdicciones provinciales o municipales sin erosionar la pretensión de gratuidad para los sectores de menos recursos. La creación de una canasta básica, PMO, (Plan Médico Obligatorio) para alcanzar, por parte de cualquier efector sea público, de la seguridad social o privado, un piso mínimo de prestaciones. También se crearon planes focalizados por patologías de riesgo, que tenían como destinatario la población sin cobertura que demostrara extrema pobreza. Por otra parte, se impulsó cambiar el **subsidio a la oferta** por el **subsidio a la demanda**. El subsidio a la demanda puede realizarse mediante la entrega directamente al beneficiario, ya sea en prestaciones médicas, medicamentos o en bonos o dinero, para que el “cliente” bajo la supuesta libertad de elección elija cómo y con quien usarlo, o un pago per cápita por beneficiario de un programa implementado por una institución pública.

En el subsidio a la oferta solo se financia al efector que presta servicios de salud, mientras que el subsidio a la demanda, amplía el abanico de prestadores posibles tanto para la gestión o la provisión de servicios, quienes a su vez operan con lógicas de costo beneficio supeditadas a las reglas de la oferta y la demanda del mercado. Es en este sentido, donde se visualiza claramente la introducción de operatorias mercantiles en el ámbito de la salud.

Cabe destacar además que, los planes focalizados no son financiados solamente con fondos nacionales, vía presupuesto o subsidio, sino con un porcentaje importante, muchas veces del 50%, de préstamos internacionales. Situación que además determina las metas a alcanzar, selecciona los destinatarios y amplía las posibilidades de los beneficiarios indirectos. Un ejemplo de esto lo encontramos en el Plan Remediar que además de beneficiar a la población destinataria con el acceso a medicamentos, beneficia a la industria farmacéutica que no solo vende en cantidad sino que tiene un mercado cautivo.

Con respecto al sistema de la seguridad social, la tendencia a introducir reglas de mercado competitivas fue claramente evidenciada en sus inicios, cuando se pretendió la desregulación total de las obras sociales con la participación de la medicina privada. La libre elección de obras sociales por parte del afiliado, dejó al descubierto más claramente la situación, ya conocida, de la existencia de obras sociales ricas y pobres según su caudal de aportantes y los servicios ofrecidos a través de terceros. En ese contexto, el Fondo de Redistribución, que pretende cumplir la función de equilibrar los desajustes entre obras sociales, entrega una parte de sus ingresos a la Administración de Programas Especiales

(APE), ente que reintegra a las obras sociales que lo necesiten, prestaciones de alto costo y bajo impacto. Este mecanismo de reintegro ha demostrado que, en forma encubierta traslada subsidios que benefician a la medicina prepaga.<sup>8</sup>

### **Entramados públicos y privados**

Las reformas impulsadas en los años noventa, con las condiciones creadas en los 80, que enarbolaron la lógica del estado mínimo e impulsaron al mercado como mejor asignador de recursos explica que, en un complejo entramado de intereses y pujas económicas, sociales y políticas, los subsidios públicos tenga como beneficiario directo o indirecto al sector privado de la salud.

Es este contexto el que propicio la relación público-privada en el área de salud. Aunque en nuestro país la misma no tiene un gran desarrollo en este ámbito, si encontramos algunos ejemplos.

La incorporación de servicios privados dentro de infraestructura hospitalaria pública, ha sido una de las formas en que el gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires encontró para realizar inversión en tecnología y brindar mejor y mayores servicios dentro de un hospital público. Por ejemplo, el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Argerich realiza operaciones aranceladas a menor costo (+ del 50% menos) que en efectores privados, para población pudiente. El hospital presta la infraestructura y el personal de salud a cambio de cierta cantidad de prestaciones para población no pudiente que se atiende en el hospital.<sup>9</sup> Es decir, el estado subsidia con infraestructura y recursos humanos una prestación privada y el sector privado en este caso especialistas, se ven beneficiados directamente. Aunque los principios que subyacen en estas asociaciones enfatizan sobre el impacto en mejores prestaciones y de mayor calidad para el sector público, en realidad no existen datos de cuantas prestaciones se dejan de hacer o se retrasan por ocupar en ese tiempo, personal, quirófanos, camas etc., en detrimento de otras necesidades de la población sin cobertura que se atiende en estos nosocomios. Algo similar, ocurre con las prestaciones que el hospital público realiza a afiliados de la seguridad social, sean de obras sociales o del PAMI, aunque se ha implementado un sistema de recupero de las prestaciones brindadas, aun estas dejan mucho que desear. De los datos encontrados ninguno supera el 30% el total de prestaciones brindadas a beneficiarios de la seguridad social o, y en menor medida, de prepagas. Claros ejemplos todos, de subsidio publico indirecto al sector privado.

Otro ejemplo, aunque tal vez no de asociación público-privada puro, lo encontramos en la Fundación Favaloro, que siendo una institución privada, filantrópica, sin fines de lucro ha necesitado permanentemente el subsidio estatal en cantidades concretas de dinero para su sostenimiento. Además por tratarse de una Fundación, tiene exención en el pago de impuestos. La creación de esta institución data de 1975, con la clara intención de desarrollar actividad científica y de investigación en el área cardiovascular en forma privada. Sin embargo, su subsistencia depende del financiamiento público, que en forma de subsidios directos e indirectos desarrolla su actividad, dando en contrapartida prestaciones a

---

<sup>8</sup> López, 2011. Dos decretos dieron paso al ingreso a la medicina prepaga de beneficiarios de la seguridad social. El decreto 292/95 que unificó aportes y el decreto 446/2000 que amplió la participación a todos aquellos que eran agentes del seguro de Salud. El mismo sostiene: *Artículo 1º — A partir del 1º de enero de 2001, los beneficiarios del Sistema creado por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 podrán ejercer el derecho de opción consagrado en las normas citadas en el Visto, entre las siguientes entidades: Artículo 1: Inciso c) Cualquiera de las Entidades que tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud de conformidad con lo establecido en el presente decreto y a la normativa a determinar por la Superintendencia de Servicios de Salud como Autoridad de Aplicación. Estas Entidades deberán adicionar a su denominación la expresión "Agente Adherido al Sistema Nacional del Seguro de Salud".*

<sup>9</sup> Véase diario Clarín del 21 de enero de 2012.



pacientes de hospitales públicos o seguridad social. El prestigio y reconocimiento del Dr. René Favaloro y la construcción en el imaginario social de la figura del mismo han contribuido en parte, y solo en parte al sostenimiento de la misma, pero no menos despreciable es el mensaje que deja a la sociedad que lo privado tiene mejor calidad que lo público y esto redundo en un refuerzo en la construcción de una ideología que bregaba por lo privado por sobre lo público.

### **Algunas reflexiones finales.**

En este breve recorrido realizado encontramos que, las ideologías imperantes en cada momento demarcan orientaciones en el accionar sobre los problemas de salud en coherencia con, los intereses de los grupos económicos, los principios filosóficos y los ideológicos políticos de cada periodo analizado, y además puede observarse de qué modo, con que finalidad y desde que concepción se ha subsidiado al sector privado.

Así en el Estado Oligárquico, era la clase alta, aristocrática, la que manejaba un grueso de fondos públicos del Estado para dar respuestas sociales a los sectores de bajos recursos. La modalidad de implementación y organización de las instituciones de beneficencia quedaba sujeta a los intereses y principios, en general moral y religioso, de la clase alta. Se concebía a la salud como una cuestión en el orden de lo individual y privado.

En cambio en el cuasi Estado de Bienestar del primer peronismo, la política de salud se enmarcaba en los derechos, tanto laborales como sociales y en los fundamentos de justicia social. Era el Estado quién, diseñaba, planificaba, implementaba y financiaba todo lo relacionado a los servicios de salud. El efector y proveedor del cuidado a la salud era público. Sin embargo, no debe perderse de vista que el desarrollo alcanzado por las mutualidades dentro de las organizaciones gremiales, mostraba que otra forma de organización colectiva y solidaria podía dar respuesta a un amplio sector social, a los trabajadores y sus familias. Estas primeras mutuales, constituidas luego en obras sociales, jugaron un papel central en la relación entre la seguridad social y el sector privado. Aquella necesidad de prestadores privados para resolver las demandas de salud de sus afiliados.

La conformación actual como un sistema de salud dividido en tres subsectores, fue un proceso de no más de cuatro décadas donde se conjugaron varios factores: La consolidación del sistema de Obras Sociales, la creación de un sistema de médico asistencial para jubilados y pensionado, el acelerado incremento de costos como consecuencia del desarrollo tecnológico aplicado a salud, la medicalización de la vida cotidiana, la tendencia generalizada hacia el consumo, etc. Y así, cada uno de estos acontecimientos ubicaba y reubicaba intereses en juego de los sectores en puja. El estado dirimía o no estas pujas según los intereses hegemónicos que no siempre fueron nacionales. Más bien estos quedaron atravesados por cuestiones que se debatieron en el plano económico mundial y en la relación de fuerzas entre países centrales y periféricos subdesarrollados. Vale destacar que nuestra idiosincrasia europea, heredada de la generación de los 80, ha jugado un papel predominante en todo este periodo analizado.

Por último, analizar el papel que jugaron los subsidios en el financiamiento de la salud nos muestra también que, el derecho a la salud se desdibuja frente a la fuerza que cobra el ser destinatario, por condición social, de un fragmento de la atención a la salud. No menos importante es el impacto en los modos de inserción de los trabajadores de salud, producida por las modificaciones que conllevan estas nuevas formas de gestionar salud.

## **Bibliografía consultada**

- Arce, Hugo. (2000) "Evolución del pensamiento sanitario durante el siglo xx." En Medicina y Sociedad. Vol.23, Nº2: 64-82. Buenos Aires.
- Armus, Diego,(2001) "El descubrimiento de la enfermedad como problema social", en Mirta Lobato, El progreso, la Modernización y sus límites (1880-1916), Tomo V. Nueva Historia Argentina. Sudamericana, Buenos Aires pp.506-550.
- Armus, Diego y Belmartino, Susana (2001), "Enfermedades, médicos y cultura higiénica", en Alejandro Cattaruzza, Nueva Historia Argentina. Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943), Buenos Aires, Sudamericana, pp. 283- 330.
- Diario Clarín. 2012. "Cirugía plástica público privada. Hay lista de espera en varios hospitales públicos porteños"- En [http://www.clarin.com/sociedad/espera-varios-hospitales-publicos-portenos\\_0\\_631736904.html](http://www.clarin.com/sociedad/espera-varios-hospitales-publicos-portenos_0_631736904.html)
- Danani, Claudia. (1996) "Todo lo solidario se desvanece en el aire. La libre afiliación a las obras sociales". En: Salud en Debate. Una mirada desde las ciencias sociales. Findling, L. y Mendes Diz, A., Compiladoras. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Fac. Cs. Soc. CBC. UBA. Buenos Aires
- Dubos, R. 1975. "La búsqueda filosófica de la salud". Págs. 158-181. En: El espejismo de la salud. FCE, México
- Ferioli, Néstor (1990) La Fundación Eva Perón/1 Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, pag. 37.
- Hobsbawm, Eric. (1995) Historia del siglo XX.1914-1991. Editorial Crítica. Barcelona
- Korol, Juan Carlos (2001). "La economía", en Alejandro Cattaruzza, Nueva Historia Argentina. Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943), Buenos Aires, Sudamericana, pp. 19- 47.
- Laurell, Cristina (2008) "Los subsidios al sector privado de salud". En: La Jornada- (7/8/08). Mexico.
- Laurell, Cristina. (1995) "La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales". Documento de Trabajo. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México.Noviembre 1995
- López Susan (2011) . "Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud". IX Jornadas de Sociología. Capitalismo del siglo XXI, crisis y reconfiguraciones. Luces y sombras en América Latina. Facultad de Ciencias Sociales. UBA ISBN 978-950-29-1296-7 [www.jornadassocio.sociales.uba.ar/data/pdf/mesa24/M24\\_Susan\\_Lopez.pdf](http://www.jornadassocio.sociales.uba.ar/data/pdf/mesa24/M24_Susan_Lopez.pdf)
- López, Susan. y Michelli, Virginia. (2010). "La derivación de los aportes de la Seguridad Social hacia el sistema privado y los mecanismos de la subsidiaridad encubierta". VII Jornadas de Investigación y VI de Extensión Universitaria "Universidad, inclusión y ciudadanía: aportes para pensar las políticas públicas" Facultad de Trabajo Social. UNLP. La Plata 14 y 15 de octubre de 2010. Soporte digital- ISBN:978-950-34-0670-0
- Repetto, Fabián *et al.* Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento de trabajo nº55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, 2001.
- Veronelli, Juan Carlos y Veronelli Correch, Magalí. (2004). Los Orígenes Institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomo I y II. OPS. Buenos Aires.
- Real Academia Española (2012). Definición de subsidio. Consultada en setiembre de 2012 en [www.rae.es](http://www.rae.es)